

Kieler baş ağrısı anketi

Prof. H. Göbel, Kiel

Aşağıdaki soruları cevaplandırınız:

Beantworten Sie bitte folgende Fragen

Sizde bu veya buna benzer baş ağrısı oluyor mu?

Treten bei Ihnen Kopfschmerzen auf, die so oder so ähnlich aussehen?

- **Tedavisiz süresi: 4-72 saat**
Dauer ohne Behandlung: 4 bis 72 Stunden
- **Atak şeklinde**
anfallsweises Auftreten
- **Atakların arasında baş ağrısı olmayan**
zwischen den Anfällen keine Kopfschmerzen
- **Tek taraflı**
einseitiges Auftreten
- **Zonklayan veya titreşimli ağrı**
pochender, pulsierender oder hämmernder Schmerz
- **Ağrıyla birlikte gelen mide bulantısı, kusmak, görülden veya ışıktan normalden fazla rahatsız olmak**
Übelkeit, Erbrechen, Lärm-oder Lichtempfindlichkeit können den Schmerz begleiten.

Siz bu yada buna benzer baş ağrıları çekiyorsunuzsa, aşağıdaki soruları cevaplandırın.

Eğer öyle değilse 13. sorudan başlayın.

Falls bei Ihnen solche oder ähnliche Kopfschmerzen auftreten, beantworten Sie bitte die folgenden Fragen.
Treten solche Kopfschmerzen bei Ihnen nicht auf, setzen Sie bitte die Beantwortung bei der Frage 13 fort.

1. **İlaç kullanmadığınız veya tedavi sonuçsuz olduğu vakit, baş ağrınız 4 ile 72 saat arası sürüyor mu?**
Dauern diese Kopfschmerzanfälle 4 bis 72 Stunden an, wenn Sie kein Medikament einnehmen oder eine Behandlung erfolglos bleibt?
 Evet / Ja Hayır / Nein
2. **Bu baş ağrıları başınızın sadece bir tarafında mı?**
Können sich diese Kopf-schmerzen auf eine Kopfhälfte beschränken?
 Evet / Ja Hayır / Nein
3. **Baş ağrısı titreşimli şeklinde mi oluyor?**
Können diese Kopfschmerzen einen pulsierenden Charakter haben?
 Evet / Ja Hayır / Nein
4. **Baş ağrınız günlük işlerinizde sizi çok etkiliyor mu?**
Können diese Kopfschmerzen Ihre übliche Tagesaktivität erheblich beeinträchtigen?
 Evet / Ja Hayır / Nein

- 5. Baş ağrınız merdiven çıkarken veya başka yorucu işlerden dolayı daha şiddetleniyor mu?**
Können diese Kopfschmerzen beim Treppensteigen oder durch andere körperliche Aktivität verstärkt werden?
 Evet / Ja Hayır / Nein
- 6. Baş ağrınız ile beraber mide bulantısı oluyor mu?**
Können diese Kopfschmerzen von Übelkeit begleitet werden?
 Evet / Ja Hayır / Nein
- 7. Baş ağrınız ile beraber kustduğunuz oluyor mu?**
Können diese Kopfschmerzen von Erbrechen begleitet werden?
 Evet / Ja Hayır / Nein
- 8. Baş ağrınız olduğu vakit ışıktan rahatsız oluyormusunuz?**
Können diese Kopfschmerzen von Lichtempfindlichkeit begleitet werden?
 Evet / Ja Hayır / Nein
- 9. Baş ağrınız olduğu vakit görüldüden rahatsız oluyormusunuz?**
Können diese Kopfschmerzen von Lärmempfindlichkeit begleitet werden?
 Evet / Ja Hayır / Nein
- 10. En az 5 defa bu tarife benzer baş ağrınız oldu mu?**
Sind bei Ihnen schon mindestens fünf Kopfschmerzanfälle aufgetreten, die der Beschreibung entsprechen?
 Evet / Ja Hayır / Nein
- 11. Kaç yıldan beri bu baş ağrısını çekiyorsunuz? _____ yıl / Jahre**
Wie lange leiden Sie an solchen Kopfschmerzanfällen? Geben Sie bitte die entsprechende Anzahl in Jahren an
- 12. Ayda ortalama kaç gün bu baş ağrısını çekiyorsunuz? _____ gün / Tage**
An wie vielen Tagen pro Monat leiden Sie durchschnittlich an entsprechenden Kopfschmerzanfällen? Geben Sie bitte die Anzahl der Tage pro Monat an
- 13. Aşağıdaki tarife benzer baş ağrısı çekiyormusunuz:**
Treten bei Ihnen Kopfschmerzen auf, die man wie folgt beschreiben kann?
- **tedavisiz 30 dakika ile 7 gün arası**
Dauer ohne Behandlung: 30 Minuten bis 7 Tage
- **kafanın iki tarafında**
beidseitiges Auftreten
- **atak şeklinde veya günlük**
kann anfallsweise oder täglich auftreten
- **esneğen, donuk ve bastıran bir ağrı**
drückender, ziehender, dumpfer Schmerz
- **kusuntu ve fazla mide bulantısı olmayan bir ağrı**
kein Erbrechen oder starke Übelkeit

Siz bu yada buna benzer baş ağrıları çekiyorsunuzsa, aşağıdaki soruları cevaplandırın. Eğer bu ve buna benzer baş ağrılarınız olmuyorsa, anket sizin için burda bitiyor.

Falls bei Ihnen solche oder ähnliche Kopfschmerzen auf-treten, beantworten Sie bitte die folgenden Fragen. Treten solche Kopfschmerzen bei Ihnen nicht auf, ist die Befragung abgeschlossen.

- 14. İlaç kullanmadığınız veya tedavi sonuçsuz olduğu vakit, baş ağrınız 30 dakika ile en fazla 7 gün arası sürüyor mu?**
Dauern diese Kopfschmerzen gewöhnlich 30 Minuten bis maximal 7 Tage an, wenn Sie kein Medikament einnehmen oder eine Behandlung erfolglos bleibt?
 Evet / Ja Hayır / Nein

15. Baş ağrısı esneğen, donuk veya bastıran bir şekilde mi oluyor?

Können diese Kopfschmerzen einen dumpfen, drückenden bis ziehenden Charakter haben?

- Evet / Ja Hayır / Nein

16. Baş ağrısına rağmen günlük işlerinizi göre biliyor musunuz?

Können Sie trotz dieser Kopfschmerzen Ihrer üblichen Tagesaktivität nachgehen?

- Evet / Ja Hayır / Nein

17. Baş ağrınız başınızın iki tarafında mı oluyor?

Können diese Kopfschmerzen bei Ihnen beidseitig auftreten?

- Evet / Ja Hayır / Nein

18. Baş ağrınız yorucu işlerden (merdiven çıkma gibi) etkisiz mi kalıyor?

Bleiben diese Kopfschmerzen durch körperliche Aktivitäten (z.B. Treppensteigen) unbeeinflusst?

- Evet / Ja Hayır / Nein

19. Baş ağrısı ile beraber mide bulantısı oluyor mu?

Können diese Kopfschmerzen von Übelkeit begleitet werden?

- Evet / Ja Hayır / Nein

20. Baş ağrısı ile beraber kusduğunuz oluyor mu?

Können diese Kopfschmerzen von Erbrechen begleitet werden?

- Evet / Ja Hayır / Nein

21. Baş ağrınız olduğu vakit ışıktan rahatsız oluyormusunuz?

Können diese Kopfschmerzen von Lichtempfindlichkeit begleitet werden?

- Evet / Ja Hayır / Nein

22. Baş ağrınız olduğu vakit görüldüden rahatsız oluyormusunuz?

Können diese Kopfschmerzen von Lärmempfindlichkeit begleitet werden?

- Evet / Ja Hayır / Nein

23. En az 10 defa bu tarife benzer baş ağrınız oldu mu?

Sind bei Ihnen schon mindestens zehn Kopfschmerzanfälle aufgetreten, die der angegebenen Beschreibung gleichen?

- Evet / Ja Hayır / Nein

24. Ayda ortalama kaç gün bu baş ağrısını çekiyorsunuz? _____ gün / Tage

An wie viel Tagen pro Monat leiden Sie durchschnittlich an solchen Kopfschmerzanfällen? Geben Sie bitte die entsprechende Anzahl an.

25. Uzun zamandır mı bu ve buna benzer baş ağrısını çekiyorsunuz?

Leiden Sie schon länger an solchen Kopfschmerzen?

- Evet / Ja Hayır / Nein

26. Kaç yıldır bu ve buna benzer baş ağrısını çekiyorsunuz? _____ yıl / Jahren

Seit wie vielen Jahren leiden Sie an solchen Kopfschmerzen? Geben Sie bitte die entsprechende Zahl an.

AUSWERTUNG

MIGRÄNE

	Kriterien	erfüllt
Frage 1	ja	<input type="checkbox"/> es müssen
Fragen 2-5	mindestens zwei ja	<input type="checkbox"/> alle Kriterien
Fragen 6-9	mindestens eine ja	<input type="checkbox"/> erfüllt sein.
Frage 10	ja	<input type="checkbox"/>

EPISODISCHER KOPFSCHMERZ VOM SPANNUNGSTYP

	Kriterien	erfüllt
Frage 14	ja	<input type="checkbox"/> es müssen
Fragen 15-18	mindestens zwei ja	<input type="checkbox"/> alle Kriterien
Fragen 19, 20	zwei nein	<input type="checkbox"/> erfüllt sein.
Fragen 21, 22	mindestens eine nein	<input type="checkbox"/>
Fragen 23, 24	23 = ja und weniger als 15 Kopfschmerztage pro Monat	<input type="checkbox"/>

CHRONISCHER KOPFSCHMERZ VOM SPANNUNGSTYP

	Kriterien	erfüllt
Frage 14	ja	<input type="checkbox"/> es müssen
Fragen 15-18	nin	<input type="checkbox"/> alle Kriterien
Fragen 19, 20	zwei nein	<input type="checkbox"/> erfüllt sein.
Fragen 21, 22	mindestens zwei nein	<input type="checkbox"/>
Fragen 23, 24	25 = ja und mindestens 15 Kopfschmerztage pro Monat	<input type="checkbox"/>

„Übersetzung in die türkische Sprache durch den Bundesverband der Clusterkopfschmerz-Selbsthilfe-Gruppen (CSG) e.V. mit freundlicher Genehmigung durch Herrn Prof. H. Göbel“